Ueber

# Spasmus glosso-labialis unilateralis hystericus.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

## Erlangung der Doctorwürde

in der

**gesamten Medizin**

verfasst und einer

***hohen medizinischen Fakultät***

der

**Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München**

vorgelegt von

**Friedrich Schäfer**

appr. Arzt aus München.

**München 1896.**

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ueber

# Spasmus glosso-labialis unilateralis hystericus.

---

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

*hohen medizinischen Fakultät*

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

**Friedrich Schäfer**

appr. Arzt aus München.

**München 1896.**

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent: **Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen.**

Bei Apoplexien, die die innere Kapsel betreffen, kommt es oft zu Lähmungen der ganzen einen Körperhälfte; Bein, Arm und unterer Facialis-Ast kann betroffen sein.

Ganz das gleiche Bild entsteht aber auch bei einer funktionellen Hemiplegie, wie sie bei Hysterie auftreten kann. Immerhin sind diese beiden Bilder leicht zu trennen, da die hysterische Hemiplegie meist eine Hemianästhesie der gleichen Seite aufweist.

Sehr schwer aber wird die Differential-Diagnose, und eine Möglichkeit der Verwechslung kann dann eintreten, wenn sich zur organischen Hemiplegie eine gleichseitige Hemianästhesie hinzugesellt; allerdings ein sehr seltener Fall, der aber, wie Charcot und schon vor ihm L. Türck nachgewiesen haben, immerhin vorkommt.

Diese Form der Hemiplegie mit sogen. sensitiv-sensorieller Hemianästhesie kann also sowohl hysterischer Natur sein, als sie auch nach Charcots Auffassung bei Gehirnläsion vorkommen kann, wenigstens dann, wenn der Herd die hinterste Partie der inneren Kapsel betrifft, nämlich noch weiter nach hinten als die Stelle des cortico-cruralen Bündels, eine Stelle, die er als „Carrefour sensitif" bezeichnet hat. [1])

[1]) Es muss allerdings zugegeben werden, dass es verschiedene Autoren gibt, die Zweifel geäussert haben, ob es überhaupt eine kapsuläre Hemianästhesie gebe und ob nicht manche Fälle als

Wie soll man nun diese beiden Formen trennen?

Differential-diagnostisch hat man als besonders wichtig das Verhalten des Bauchreflexes, das Fehlen oder beziehungsweise Beteiligtsein des Facialis und Hypoglossus an der Lähmung, sowie die Form der Sehstörung angesehen. Bei organischer Hemiplegie sollte der Bauchreflex auf der Seite der Lähmung fehlen, bei funktioneller Hemiplegie sollte immer — nach Charcot — der Facialis und der Hypoglossus frei sein.

Ganz ungeklärt sind bis jetzt die Angaben über das Verhalten der Sehstörungen. Während besonders nach der Ansicht der deutschen Autoritäten in dieser Frage bei den organischen Hemiplegien mit gleichzeitiger Hemianästhesie die Sehstörung in Form einer homonymen Hemianopsie auftreten soll, wäre nach Charcots Schule auch bei organischer Läsion mit Hemianästhesie eine concentrische Gesichtsfeld-Einengung vorhanden, mit grösserer Einengung des Gesichtsfeldes auf der hemianästhetischen Seite, sodass also das Gesichtsfeld nach Charcot sowohl bei organischer, wie funktioneller Hemianästhesie die gleichen Störungen zeigen würde und differential-diagnostisch also nicht zu verwerten wäre.

Die Bemühungen Charcots nun, den von ihm aufgestellten differential-diagnostischen Anhaltspunkt — dass bei funktioneller Hemianästhesie mit Hemiparese stets der Facialis und Hypoglossus frei sei — zu verteidigen gegenüber den Angriffen anderer Autoren, welche auch bei

---

Complikation von organischer Hemiplegie mit Hysterie aufzufassen wären. Gerade Charcot macht ja oftmals auf solche Mischfälle aufmerksam, in denen das organische Symptom das hysterische provocierte. Diese Frage muss also noch weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben; hier sei sie nur erwähnt.

funktioneller Lähmung ein Ergriffensein des Facialis und Hypoglossus beobachtet haben wollten, haben zu einer klinisch interessanten Beobachtung über ein für Hysterie charakteristisches Verhalten des Facialis und Hypoglossus geführt.

Charcot zeigte nämlich an seinen Fällen, dass die Facialis- und Hypoglossus-Lähmung bei funktioneller Hemiplegie nur eine scheinbare sei und nicht durch Lähmung, sondern durch Krampf im Gebiet des Mund-Facialis und der Zunge bedingt sei. Dadurch, dass auf der nicht hemiplegischen Seite ein Krampf im Mund-Facialis bestände, stehe die andere, in Wirklichkeit ungelähmte Seite tiefer und täusche eine Parese vor; ebenso sei die Zunge der hemiplegischen Seite nicht paretisch, sondern im Gegenteil, sie sei nicht der Sitz einer Lähmung, sondern eines Krampfes.

Über diese Pseudo-Facialis-Parese machte Charcot die erste Mitteilung in einem Artikel der Semaine médicale vom 2. Februar 1887 und zwar unter folgendem Titel:

„Spasme glosso-labié unilateral des hystériques; diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hemiplégie hystérique."

Warum nun bei einer hysterischen Hemiplegie der untere Facialis-Ast gerade frei bleiben soll, wie Charcot behauptet, ist doch sehr merkwürdig und nicht zu erklären. Charcot meint, es gebe für diese Eigentümlichkeit, durch die sich die hysterische Hemiplegie so sehr von der organischen entfernt, irgend eine uns verborgene physiologische Ursache. So habe er früher schon einmal gezeigt, dass man bei Hysterischen in der Hypnose, wo es sehr leicht gelingt, alle Formen der hysterischen Lähmungen durch Suggestion willkürlich zu erzeugen, doch niemals

möglich sei, eine Parese im unteren Facialis-Gebiet hervorzurufen, während es gar keine Schwierigkeit mache, den halbseitigen Gesichtskrampf bei ihnen zu erzeugen, der dann eine Facialis-Parese vortäusche.

J. Breuer glaubt, dass „die versteckte physiologische Ursache“ für die Seltenheit der Facialis-Lähmung darin gelegen sei, dass die Menschen — Schauspieler vielleicht ausgenommen — nicht die willkürliche Beherrschung ihrer mimischen Muskulatur so besitzen, wie dies etwa für die Muskeln der Extremitäten gilt.

Es wird aber überhaupt vergebens sein, für diese Erscheinung eine Erklärung zu suchen, wo unsere Kenntnisse von dem ursächlichen Wesen der Hysterie selbst noch auf so schwachen Füssen stehen. Charcot behauptet auch nicht, dass bei hysterischer Hemiplegie nie eine Facialis-Parese vorkommen könne, er behauptet nur, dass es noch nie beobachtet worden sei, und dass alle die Fälle von Facialis-Parese, die man gegen seine Behauptung ins Feld führt, nicht stichhaltig seien, da man meist die Angabe finde, die Zunge habe bei dieser Facialis-Parese nicht herausgestreckt werden können. Gerade hierin liege aber der deutliche Beweis, dass es eben keine Facialis-Parese, sondern sicher ein Spasmus glosso-labialis gewesen sei.

Doch sei dem, wie ihm wolle, sicher ist, dass, wenn eine Facialis-Parese bei hysterischer Hemiplegie überhaupt vorkommt, dies als seltene Ausnahme anzusehen ist. In der vorliegenden Arbeit möchte ich vielmehr die Aufmerksamkeit auf das Charcotsche Symptom des Spasmus glosso-labialis unilateralis bei Hysterie hinlenken.

Merkwürdiger Weise sind in der Literatur die Mitteilungen darüber äusserst spärlich, obwohl man der klini-

schen Wichtigkeit halber ein Interesse für ein genaues Studium der Frage voraussetzen sollte.

Im Sommer 1894 als Coassistent im Ambulatorium des klinisch-medizinischen Instituts des Herrn Geheimrats Dr. v. Ziemssen hatte ich nun Gelegenheit, einen Fall von Hysterie mit sozusagen typisch ausgeprägter Ausbildung des in Rede stehenden Symptoms zu sehen, so dass die hysterische Lähmung, die ich später beschreiben werde, noch vor jeder Untersuchung schon nach diesem Symptom allein vermutet wurde.

In dem von mir beobachteten Fall waren übrigens einige Besonderheiten. So entsprach der Sitz des Krampfes nicht den Angaben Charcots, indem hier der Krampf auf der Seite der Lähmung seinen Sitz hatte. Doch will ich gleich bemerken, dass Charcot in seinen Vorlesungen gelegentlich der Vorstellung Hysterischer mit Spasmus glosso-labialis unilateralis an verschiedenen Stellen die Angabe macht, dass der Spasmus bald auf der Seite der Lähmung, bald auf der entgegengesetzten sein könne, ferner, dass auch die Seite des Zungenkrampfes eine verschiedene sein könne.

Unser Fall erscheint mir aber ferner noch deswegen bemerkenswert, als hier der Spasmus sich nicht bloss auf das untere Facialisgebiet und die Zunge, sondern auch auf den Hals und die Rumpfmuskulatur erstreckte, in welchem Zustand wir allerdings die Kranke nicht selbst sahen, der aber durch die völlig übereinstimmenden Angaben der Patientin und die Mitteilungen der sie früher behandelnden Ärzte ausser allem Zweifel steht.

Bevor ich an die Mitteilung meiner eigenen Beobachtungen gehe, halte ich es für nicht unzweckmässig, eine kurze

Zusammenstellung der Charcotschen Beobachtungen zu geben.

## A. Die Fälle Charcots.

In den poliklinischen Vorträgen Charcots vom Jahre 1887—1889 (übersetzt von Freud und Kahane) finden wir 8 Fälle von Hemispasmus glosso-labialis bei Hysterie, die der grosse Neurologe seinen Hörern vorführt.

Die ersten beiden Fälle stellte Charcot in der Poliklinik am 27. März 1888 vor und zwar als Parallele zu einem Fall von kapsulärer Hemianästhesie mit Facialis-Parese.

Im ersten Fall handelt es sich um einen Mann, den Charcot seit 8 Jahren als regelrechten Hysteriker kennt; er hat regelrechte Stigmata, Anfälle immer mit Bogenstellung, kurz, er bietet das klassische Bild der Hysteria major.

Zur Zeit der Vorstellung zeigt er eine linksseitige Hemianästhesie mit Gesichtsfeldeinschränkung und Hemiparese der nämlichen Seite; also ganz das Bild wie der Parallel-Fall der inneren Kapsellähmung. Ja, er gleicht ihm so sehr, dass er auf den ersten Anblick auch eine linksseitige Facialis-Parese zu haben scheint, gleichsam um Hohn zu sprechen der Theorie Charcots, dass bei funktioneller Hemiplegie stets der untere Facialis frei bleibe von der Lähmung. Nun entwickelt Charcot in der geistreichsten Weise, dass diese Facialis-Parese nur eine scheinbare sei, dass sie vielmehr beruhe auf einem Krampf der rechten Glossolabial-Muskulatur.

Die vorgestreckte Zunge weicht nach links — der Seite der Lähmung — ab, aber ihre Längsachse bildet einen sehr deutlichen Bogen mit der Concavität nach links,

also dass die Zunge geradezu einen Haken bildet, während sie im Parallelfall der Lähmung geradlinig bleibt.

Dann sind die beiden Zungenhälften bei der inneren Kapsellähmung gleich dick, hier aber ist die linke Zungenhälfte dicker und breiter, was auf einen Krampf der linken Muskulatur, nicht auf eine Lähmung schliessen lässt.

Was man an den Muskeln der unteren Gesichtspartie weiter beobachten kann, stimmt auch damit überein, wenn der Kranke diese Muskeln in Zusammenziehung versetzt. Man sieht dann auf einmal, dass auf der linken Seite — also der vorhin scheinbar gelähmten — die Runzeln am Kinn, an Ober- und Unterlippe, selbst an den Wangen viel stärker ausgebildet sind als rechts, so dass es sich nicht um eine Lähmung linkerseits, sondern um einen Hemispasmus rechts nur handeln kann.

Es ist also der vorgeführte Fall sicher kein Gegenbeweis gegen Charcots Satz, sondern zeigt aufs neue, dass bei funktioneller — hysterischer — Hemiparese der untere Facialis frei bleibt.

Als zweiten Fall stellt Charcot noch einen Hysteriker vor, der den hysterischen Gesichtskrampf ganz in derselben Weise aufweist, aber dabei keine Hemiplegie hat, und beweist so, dass jener Krampf auch isoliert ohne jede Lähmung bei Hysterie auftreten kann.

Den dritten Fall führt uns Charcot vor in der Poliklinik vom 24. April 1888 gelegentlich der Vorstellung von Fällen von hysterischem Mutismus.

Eine 33 jährige Kammerfrau, die früher nur bei Aufregungen heftiges Zittern hatte, bekommt plötzlich eine Apoplexie, fällt zu Boden, ist 5—6 Stunden bewusstlos, ist beim Erwachen stumm und am rechten Arm und Bein gelähmt. Dabei zeigt sie aber auch scheinbar eine rechts-

seitige Facialis-Lähmung, also deutlich das Bild einer Hemiplegie. Charcot weist nun auch in diesem Fall nach, dass die Facialis-Lähmung wieder nur scheinbar ist.

Die Gesichtsmuskeln der linken Seite — also der nichtgelähmten — sind im Gebiet des unteren Facialis der Sitz einer echten Contractur mit kleinen klonischen Zuckungen, besonders deutlich an der Oberlippe, am M. triangularis menti und an der Augenbraue. Wenn die Kranke weint, wird ihr linker Mundwinkel noch stärker gehoben, anstatt sich zu senken, was deutlich auf den Spasmus hinweist. Rechts aber wird die Täuschung der Lähmung dann sehr leicht aufgehoben, wenn man die Kranke auffordert, alle möglichen Grimassen auf dieser Seite zu machen, was sie mit Leichtigkeit ausführt. Es ist also klar, dass es sich wieder um einen Hemispasmus und zwar diesmal nur labialis handelt, da die Zunge völlig frei bleibt und gerade herausgestreckt wird.

Ebenso wie die scheinbare Facialis-Parese vor dem scharf beobachtenden Auge Charcots hinschwindet, so zeigt er uns auch, dass alle die übrigen Symptome rein hysterischer Natur sind, war auch das ursprüngliche Bild noch so ähnlich dem einer organischen Apoplexie. Der Mutismus, ihr unempfindlicher Pharynx, eine rechtsseitige Hemianalgesie, das Schwinden der Lähmung in 2 bis 3 Tagen beweisen die Hysterie zur Genüge. Also wieder ein Fall von funktioneller — hysterischer — Hemiplegie mit Hemianalgesie ohne Parese des Facialis, aber mit Hemispasmus labialis der nicht gelähmten Seite.

Der vierte Fall, den Charcot in der Poliklinik am 26. Juni 1888 vorstellte, betrifft ein 17 jähriges Mädchen, Tochter einer epileptischen Mutter, deren Krankheit er als „Hysteroepilepsie mit getrennten Anfällen“ bezeichnet.

das will sagen, dass sie von Zeit zu Zeit ausser ihren klassischen Anfällen von grosser Hysterie Anfälle von echter Epilepsie zeigt.

In der Nacht vom 16. auf den 17. jenes Monats wurde sie von einer Reihe von Anfällen heimgesucht, die mit Bogenstellung und attitudes passionnelles abschlossen, und aus denen sie mit einer Doppelmonoplegie der rechten Seite erwachte.

Rechtes Bein und rechter Arm sind völlig gelähmt, höchstgradige Hemianästhesie. An der rechten Gesichtshälfte ist nicht nur eine vollkommene Unempfindlichkeit der Haut, sondern auch, wie an den Extremitäten, eine Unempfindlichkeit der tiefen Teile und eine Aufhebung der Lagevorstellungen zu konstatieren. Auf den ersten Blick scheint ebenfalls hier eine Parese des unteren Facialis-Astes zu bestehen; die rechte Lippenkommissur steht tiefer im Vergleich zur linken Seite, die Mundspalte ist auf der gelähmten rechten Seite schmäler, enger als links, wo sie etwas offen steht. Die Nasolabialfurche ist ferner links deutlicher ausgeprägt als rechts.

Lässt man aber die Patientin mimische Bewegungen ausführen, dann entpuppt sich die „Facialis-Parese“ wieder als Hemispasmus glosso-labialis der anderen Seite.

Soll nun Patientin die Zunge herausstrecken, so reisst sie den Mund gewaltsam auf, gibt sich alle Mühe, aber die Zunge rührt sich nicht. Das Organ liegt zusammengeballt in der rechten Hälfte der Mundhöhle, fühlt sich hart an, offenbar in Contractur, und obwohl es im ganzen nach rechts abweicht, bildet es doch einen gekrümmten Haken mit der Concavität nach links. Sucht man nun die Zunge mit den Fingern hervorzuziehen, so gelingt es

nur sehr unvollständig und sie schlüpft auch sofort wieder in ihre frühere Lage zurück.

Es handelt sich also auch hier wieder nicht um eine Lähmung, sondern um eine Contractur, um den Zungen-Lippenkrampf, der hier nur die Abweichung zeigt, dass die contracturirte Zunge nicht nach der Seite der Lähmung gekrümmt ist, wie es die Regel wäre, sondern nach der entgegengesetzten.

Den fünften Fall führt uns Charcot in der Poliklinik vom 6. November 1888 als Fall von „Schwefelkohlenstoff-Vergiftung“ vor, der aber bei näherer Untersuchung sich als hysterische Hemiplegie darstellt.

Ein 63 jähriger Arbeiter einer Schwefelkohlenstoff-Fabrik, bei dem weder von Trunksucht, noch von erblich-nervöser Belastung etwas nachzuweisen ist, stürzt plötzlich bei der Arbeit bewusstlos zusammen und zeigt jetzt völlige Lähmung des rechten Armes und teilweise des rechten Beines. Das gelähmte Bein wird wie ein toter Teil beim Gehen nachgezogen, charakteristisch für hysterische Lähmung. Die ganze rechte Körperhälfte zeigt eine tiefgreifende Sensibilitätsstörung. Lage- und Muskelsinn sind für die ganze rechte Seite verloren, das Gesichtsfeld hat hier eine hochgradige Einengung dauernd erfahren; dabei besteht noch auf der erkrankten Seite ausgesprochenes monoculäres Doppelsehen, das Gehör ist rechts herabgesetzt, die rechte Zungenhälfte hat die Geschmacksempfindung vollständig verloren. Kurzum, das deutliche Bild einer rechtsseitigen hysterischen Hemiplegie und Hemianästhesie, eine Diagnose, die Charcot aber schon vor der völligen Untersuchung gestellt hat aus dem Zungenlippenkrampf, der diesmal aber auf der Seite der Lähmung liegt. Der rechte Mundwinkel ist leicht verzogen, in

rechter Ober- und Unterlippe und in rechter Kinnhälfte treten ab und zu krankhafte Zuckungen auf. Die Zunge nimmt wieder jene Hakenform mit der Concavität nach der Seite der Lähmung — nach rechts — an.

In diesem Fall steht also der Hemispasmus abweichend zu den übrigen Fällen, aber in Uebereinstimmung mit meinem später zu beschreibenden Fall auf der Seite der Lähmung.

In der Poliklinik vom 29. Januar 1889 führt uns Charcot einen sechsten Fall von Glosso-labial-Krampf vor bei einem kräftigen Mann, der allerdings nervös belastet und durch Krankheit geschwächt war, und der kurze Zeit nach einem Unfall, welcher einen tiefen Eindruck auf ihn gemacht hat, gleichzeitig neurasthenisch und hysterisch geworden ist. Das Merkwürdige an diesem Fall ist aber folgendes:

Nach dem Unfall stellte sich hier zuerst neben einem Blepharospasmus linkerseits ein regelrechter Glosso-labial-Krampf nach rechts ein und erst 17 Tage später bildete sich eine linksseitige hysterische Hemiplegie und Hemianästhesie mit einigen hyperästhetischen Bezirken aus, die bestehen blieben, während der Hemispasmus wieder verschwand.

Einen weiteren Fall — den siebenten — finden wir bei Charcot in der poliklinischen Vorstellung vom 5. Febr. 1889, wo er Fälle von Neurasthenie mit Hysterie vorführt.

Ein 53 jähriger, sehr fleissiger Bautischler muss Augenzeuge sein, wie sein 18 jähriger braver Sohn, der Dachdecker war, vom sechsten Stockwerk eines Neubaues herabstürzt und sofort tot bleibt. Der Vater wird durch diese seelische Erschütterung in seinem ganzen Wesen vollständig verändert. Doch weist er daraufhin zunächst

nur neurasthenische Beschwerden auf. Da bekommt er eines Tages, während er auf einer Leiter stehend arbeitet, ein Flimmer-Skotom, verliert das Bewusstsein und stürzt zu Boden. Als er wieder zu sich kam, war er an der linken Körperhälfte gelähmt. Bei näherer Untersuchung fällt wieder zuerst in die Augen, dass der linke Mundwinkel nach aussen und oben verzogen ist, dass an dieser Seite auch ein Lidkrampf besteht, die Zunge aber eine Abweichung nach rechts zeigt. Kurz, es besteht wieder Zungenlippenkrampf. Dazu kommt noch in den ersten Tagen hysterischer Mutismus. Zur Zeit der Vorstellung bestand noch Lähmung an Arm und Bein, das Bein wird wie eine leblose Masse auf dem Boden nachgeschleppt. Linkerseits besteht eine völlige Hemianästhesie der Haut und der tiefer liegenden Weichteile, die sich gleichmässig auf sämtliche Empfindungsqualitäten erstreckt. Die Anästhesie betrifft aber auch die Sinnesempfindungen: links ist eine stärkere Einsckränkung des Gesichtsfeldes mit Farbensinn-Störungen, Herabsetzung des linksseitigen Gehörsinnes, sowie völliger Verlust der Geschmacksempfindung an der Zunge. Mit einem Wort, die Hysterie ist wieder ausser allem Zweifel gestellt. Der Fall beweist aber wieder, wie Fall 5, dass die Lähmung und der Zungenlippenkrampf auch auf der gleichen Seite sein können, denn hier sitzt Lähmung und Krampf links.

Ganz das gleiche Verhalten zeigt schliesslich der achte Fall Charcots vom 28. Mai 1889; er sei deshalb nur noch kurz erwähnt. Auch er weist eine typische linksseitige Hemiplegie und Hemianästhesie bei Hysterie, ebenfalls nach einem Unglücksfall entstanden, mit einem Zungenlippenkrampf auf der gelähmten, also linken Seite auf, ganz analog dem vorigen Fall.

Wenn wir nun aus diesen acht Fällen die Symptome des Hemispasmus glosso-labialis nach Charcot zusammenfassen, so ergibt sich Folgendes:

Durch den einseitigen Gesichtskrampf wird eine Facialis-Parese der nicht befallenen Gesichtshälfte vorgetäuscht und als solche meist zuerst beobachtet. Der Hemispasmus kann sich entweder nur auf die Labialfalte beschränken, während die Zunge ganz frei bleibt, oder er befällt beide. An der Labialfalte zeigt er sich durch ein deutlicheres Ausprägen derselben; der Mundwinkel steht höher, und die Lippen- sowie die Kinn-Muskulatur zeigt feine Muskelzuckungen. An der Zunge wird er daran erkannt, dass dieselbe durch den einseitigen Muskelkrampf auf der betreffenden Hälfte dicker ist, dass sie schwer, oder gar nicht herausgestreckt werden kann, und dass sie dabei einen Haken bildet, der mit der Concavität meist nach der gelähmten Körperhälfte sieht.

Schliesslich ist noch festzuhalten, dass der Hemispasmus sowohl auf der gesunden Körperseite sitzen kann, als auch auf jener Seite, die von der Hemiplegie befallen ist, wie dies in den vorgeführten Fällen 5, 7 und 8 vorkam.

Nachdem so die von Charcot beschriebenen Fälle betrachtet wurden und aus ihnen eine genaue Symptomatologie des von jenem Autor zuerst beschriebenen Spasmus glosso-labialis unilateralis aufgestellt wurde, mag nun

B. der von mir beobachtete Fall

hier zur Darstellung kommen.

Und da er eines der bunten Bilder der Hysterie uns recht anschaulich vor Augen führt und uns gerade zeigt, wie leicht diese Krankheit zu einer falschen Diagnose verleitet, und wie wertvoll jeder auch noch so geringe Anhaltspunkt, wie ein schwacher Hemispasmus labialis, ist,

der die Diagnose auf Hysterie sichert, so wird es sich rechtfertigen, ihn ausführlicher zu beschreiben.

Am 19. Juni 1894 kam in das medizinisch-klinische Institut des Herrn Geheimrats Dr. v. Ziemssen ein kräftiges, blühend aussehendes junges Mädchen mit der Angabe, sie könne ihren linken Arm nicht heben, derselbe sei gelähmt.

Der damalige Assistent des Instituts, Herr Dr. H. F. Müller, sagte sofort zu mir: „Das ist eine Hysterica; sehen Sie sich nur die linke Nasolabialfalte an.“

Ich sah aber, offen gestanden, gar nichts Auffallendes zunächst an dieser Nasolabialfalte; ich fand nur, dass das junge Mädchen in einem Verlegenheitslächeln etwas den Mund verzog, was mir eigentlich als gar nichts Besonderes erschien. Und dass man gar daraus auf den ersten Blick, wie wenn man den Leuten „an der Nase ansehen“ könnte, was ihnen fehlt, die Diagnose auf Hysterie zu stellen vermöge, das kam mir fast unglaublich vor.

Herr Dr. H. F. Müller forderte nun das Mädchen auf, verschiedene mimische Gesichtsbewegungen zu machen, und jetzt sah ich ganz deutlich, wie die linke Nasolabialfalte viel deutlicher modelliert war, wie sie immer etwas höher stand, wie alle Muskelbewegungen hier deutlicher auftraten als rechts, wie auch hier, wenn die Patientin lachte, der Mundwinkel noch höher stand als der durch das Lachen ohnehin schon in die Höhe gezogene rechte. Dabei wurden aber rechts auch alle Bewegungen gut ausgeführt, sodass auf dieser Seite von einer Lähmung keine Spur vorhanden war; nur waren die Gesichtszüge auf der rechten Seite weicher, nicht so markant wie links.

Ich sah nun recht gut ein, dass die linke Lippen-Wangenmuskulatur sich in einem gelinden Krampf befand,

ein Phänomen, das ich noch nie gesehen hatte, von dessen Bedeutung für die Diagnose der Hysterie ich noch nichts gehört hatte. Ich kam deshalb mit Freuden der Aufforderung meines hochverehrten Lehrers nach, den Fall näher zu beschreiben, was im Folgenden geschieht:

Betty B. . . ., Stubenmädchen, 20 Jahre alt.

Anamnese vom 19. Juni 1894:

In der Familie der Patientin waren nie erbliche Krankheiten, auch werden Nervenkrankheiten in Abrede gestellt. Die Mutter starb am Kindbettfieber, der Vater ist noch am Leben und erfreut sich der besten Gesundheit. Ihr einziger Bruder soll an Gicht leiden. Patientin selbst sei weder als Kind noch in ihrem späteren Leben krank gewesen.

Die Menses traten vom 13. Lebensjahr an regelmässig ein, nie mit Schmerzen verbunden, aber meist sehr stark.

Das jetzige Leiden kam über die Patientin ganz plötzlich. Nachdem sie vorher sich völlig wohl und gesund fühlte, bemerkte sie am 9. März 1894 früh beim Aufstehen aus dem Bett plötzlich, dass ihr linker Arm „wie eingeschlafen" völlig gelähmt herabhing, und dass ihr Kopf, „wie wenn sie einen steifen Hals hätte", krampfhaft nach vorn und links verzogen war.

Sie begab sich deshalb in das Krankenhaus rechts der Isar, kam dort mit der Diagnose einer veralteten Luxation des Oberarms auf die chirurgische Station, wo man sie zuerst einmal chloroformierte und dann späterhin auf der internen Station täglich am linken Schulterblatt und linken Arm als Serratuslähmung elektrisierte und massierte. Dort besserte sich ihr Zustand etwas, so dass sie jetzt nach 13 wöchiger Krankenhausbehandlung den Arm bis zur Schulterblatthöhe erheben und den Hals auch wieder ganz frei nach allen Seiten bewegen kann. Die Schmerzen, die

anfangs auch sehr stark in der Schultergegend waren, haben sich fast ganz verloren. Krampfanfälle hatte sie nie während ihrer ganzen Krankheitsdauer, dagegen öfters ein Gefühl, als ob ihr „etwas im Halse herauf liefe“ und ihr die Kehle zuschnüre; dabei ging dann auch das Sprechen etwas schwerer; doch war ihr nie die Stimme verfallen.

Häufig trat ein starkes Klopfen an den Schläfen auf und nachts hatte sie viel Träume, weshalb sie meist nur sehr unruhig schlief.

Status praesens vom 19. Juni 1894:

Mittelgrosses, kräftig gebautes Individuum von sehr gutem Ernährungszustand. Das Fettpolster ist reichlich, die straffe Muskulatur ist mittelgut entwickelt. Die Gesichtsfarbe ist blühend: dabei erscheint namentlich die linke Gesichtshälfte immer röter und heisser, als die rechte. Die Pupillen sind gleich weit und ihre Reaktion ist normal: die Zunge wird gerade herausgestreckt und zeigt keinen Tremor. Die Reflex-Erregbarkeit des Rachens ist fast ganz verschwunden. Das Gesichtsfeld zeigt links Einengung im Allgemeinen und Farbensinn-Störung, besonders für Rot und Blau.

Facialis: Die linke Nasolabial-Falte ist ausgeprägter als die rechte, der linke Mundwinkel ist in toto nach links aussen und oben verzogen. Auch beim Lachen erscheint die linke Labial-Falte ausgeprägter als die rechte, doch sind auch rechts alle mimischen Bewegungen gut ausführbar.

In der Muskulatur der linken Hälfte der Unterlippe sieht man ein häufiges Muskelzittern. Die motorische Portion des Trigeminus ist intakt. Auf der ganzen linken Gesichtshälfte und weiterhin auf der ganzen linken Schädel-

hälfte werden sehr zarte Berührungen, wie Fadenstreichen nicht wahrgenommen und auch gröbere Berührungen nicht so gut empfunden wie links.

Bei Anwendung des Tasterzirkels werden links zwei Spitzen als einfach empfunden angegeben bei Entfernungen, die rechts bereits deutlich Doppelempfindung auslösen.

Trophische Störungen bestehen nicht; es sind nirgends weder circumscripte noch diffuse Muskel-Atrophien vorhanden.

Obere Extremität: Die passiven Bewegungen der linken oberen Extremität geschehen mit geringerem Tonus, als die der rechten oberen Extremität. Die ganze linke Supraclaviculargrube ist auf Druck empfindlich, doch sind die motorischen Nervenpunkte selbst nicht mehr druckempfindlich, als z. B. das Muskelfleisch des Trapezius. Das Erheben der Schulter ist links gänzlich unmöglich.

Sämtliche Muskeln der linken Ober-Extremität und die Muskeln der hinteren Hälfte des Schultergürtels sind gleichmässig hochgradig paretisch.

Der Händedruck fehlt links vollkommen, während er rechterseits 15 — nach Ullmann — zeigt.

Untere Extremität: Diese zeigt links öfter ein deutliches Zittern; auch ist die Kraft derselben erheblich schwächer als die der rechten.

Die grobe Kraft der willkürlichen Muskulatur des ganzen Körpers entspricht überhaupt dem Volumen der Muskeln.

Coordinationsstörungen und motorische Reizerscheinungen sind nirgends vorhanden.

Sensibilität: An der ganzen linken Körperhälfte findet sich Hypästhesie, die haarscharf in der Medianlinie abschneidet. Die Sensibilität ist hier in allen Qualitäten

sehr herabgesetzt, so insbesondere auch der Muskelsinn; besonders auffällig ist auch die Herabminderung der Thermo-Sensibilität.

Die Reflexe der unteren Extremität, wie die der oberen sind ohne pathologischen Befund.

Ebenso zeigen Blase und Mastdarm keine Störungen. Bei der elektrischen Untersuchung reagieren alle Muskeln prompt auf den elektrischen Reiz. Bei konstantem Strom erfolgt blitzartige Contraktion.

Lungen, Herz, Magen, Leber und Nieren ohne Besonderheit.

Diagnose:

Hysterische Hemiparese mit Hemihypaesthesie.

Hemispasmus labialis hystericus.

Therapie:

Suggestion.

Am 20. Juni 1894 stellte Herr Geheimrat Dr. v. Ziemssen die Patientin in seiner Klinik vor, wobei obiger Status und die gestellte Diagnose ihre Bestätigung fanden.

Gleich nach der Klinik wurde die Therapie begonnen.

Zunächst wurde der Patientin suggeriert, sie habe unter dem Schulterblatt einen Druckpunkt; wenn man auf diesen einen intensiven Druck ausübe, müsse sie den Arm erheben können. Der Versuch gelingt.

Es wird mit dem Daumen der einen Hand so stark als nur möglich unter das Schulterblatt gedrückt; die andere Hand unterstützt die Bewegung des Schulterblattes nach aussen und oben, und die Patientin hebt ihren vorhin noch ganz schlaff herabhängenden Arm bis zur Vertikalen. Sobald mit dem Druck nachgelassen wird, fällt der Arm wie ein toter Gegenstand wieder herab.

Nun wird diese Uebung solange fortgesetzt, bis Patientin auf den leisesten Druck unterm Schulterblatt den Arm frei erhebt.

Gleichzeitig werden Kraftübungen am Dynamometer von Ullmann ausgeführt. Durch psychische Beeinflussung bringt es Patientin links zu $6^1/_2$ und rechts zu 19 kg.

Bald ist sie imstand, den Arm selbständig bis über die Horizontale zu erheben, und durch fortgesetzte Kraftübungen, sowie durch Anwendung des elektrischen Stroms gelingt es ihr bald, frei den Arm auch zur Vertikalen zu erheben.

So konnte sie denn schon am nächsten Tage — am 21. Juni 1894 — durch Herrn Geheimrat dem erstaunten Auditorium der Klinik als geheilt von der Lähmung vorgestellt werden.

Durch weitere gymnastische Uebungen brachte sie es dann rasch auch links zu einer Druckkraft von 19, während dieselbe an der rechten Hand noch bis 25 stieg.

Die Sensibilitäts-Störungen und das Gesichtsfeld aber blieben von der Therapie unbeeinflusst.

Der Hemispasmus labialis verschwand auch nach einigen Tagen völlig.

Durch diesen Status und noch mehr durch die raschen Erfolge einer psychischen Therapie wurde die von Herrn Dr. H. F. Müller auf den ersten Anblick d. h. aus dem leichten Hemispasmus labialis gestellte Diagnose auf Hysterie glänzend bestätigt bei einem Falle, der geübte Aerzte schon zweimal getäuscht hatte, sodass sie die Diagnose auf veraltete Luxation und Serratus-Lähmung stellten.

Gerade die vorliegende Krankengeschichte zeigt deutlich, dass das Charcotsche Symptom des Spasmus glosso-labialis unilateralis seiner klinischen Wichtigkeit halber

entschieden mehr Interesse verdienen würde, als ihm gewöhnlich dargebracht wird und dass die vorliegende Arbeit in der Würdigung seiner diagnostischen Bedeutung ihre Berechtigung findet.

Vergleichen wir nun den eben dargelegten Fall mit den Beobachtungen Charcots, so handelt es sich bei ihm auch um eine ganz plötzlich eintretende funktionelle Monoplegie mit Spasmus labialis unilateralis auf der gelähmten Seite, wie es die Fälle Charcots Nr. 5, 7 u. 8 zeigen.

Ob die Zunge auch mit ergriffen war, das konnte nicht mehr festgestellt werden. Es würde aber auch das Freibleiben der Zunge und ein Lippenkrampf allein keine Abweichung von den Beobachtungen Charcots bieten, denn im Fall 3 beschreibt Charcot auch nur einen Lippenkrampf mit Freibleiben der Zunge.

So weit decken sich die Fälle Charcots genau mit dem hier besprochenen Fall; in Einem Punkte jedoch weicht unser Fall ab von den Angaben Charcots, wie schon in der Einleitung bemerkt, indem bei unserem Fall der Spasmus sich anfangs nicht blos auf den unteren Facialis beschränkte, sondern auch die Halsmuskulatur noch mit betraf.

Wenn man nun nach diesen neun Fällen, die uns den Spasmus glossolabialis veranschaulichten und alle bei ausgesprochen hysterischen Individuen vorkamen, die Frage aufwirft, ob dieser Spasmus glossolabialis pathognomonisch für Hysterie sei, d. h. dass man bei seinem Antreffen mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf Hysterie stellen könne, so muss man diese Frage verneinen; denn ein Reiz für einen Spasmus des unteren Facialis- und Hypoglossus-Gebietes kann sich ja im Gehirn bei jeder anderen Erkrankung vorfinden.

So führt auch Charcot selbst (Poliklinik vom 26. Juni 1888) einen Fall von beginnender progressiver Paralyse vor, der einen Zungenlippenkrampf ganz ähnlicher Art zeigte, wie man ihn bei Hysterischen sieht.

Jedenfalls aber ist das Vorkommen von dem Zungenlippenkrampf bei einer anderen Erkrankung als bei Hysterie ein äusserst seltenes, und wenn er zugleich mit einer Mono- oder Hemiplegie auftritt, dann ist fast mit absoluter Sicherheit die Diagnose auf Hysterie zu stellen.

Will man nun zum Schlusse der Arbeit das gewonnene Resultat kurz zusammenfassen, so kommt man etwa zu folgenden 3 Sätzen:

1. Es kommt öfter bei Nervenkrankheiten ein von Charcot zuerst beschriebener Spasmus glossolabialis unilateralis vor.

Derselbe besteht in einer halbseitigen krampfhaften Contraktur der mimischen Muskulatur und auch jener Zungenmuskeln, die vom unteren Facialis-Ast und vom Hypoglossus versorgt werden.

Der Spasmus kann sich allein auf die mimische Muskulatur der betreffenden Gesichtshälfte beschränken, kann aber auch die Zungen-, ja selbst die Halsmuskeln dieser Seite mitergreifen.

2. In den meisten Fällen liegt dem Spasmus glossolabialis unilateralis eine allgemeine hysterische Erkrankung zu Grunde.

3. Tritt er zugleich mit einer Mono- oder Hemiplegie oder auch schon einige Tage vor dieser auf, so ist er von differential-diagnostischer Bedeutung zwischen innerer Kapsellähmung und Hysterie. Die Diagnose ist dann ohne weiteres auf Hysterie zu stellen.

Welche grosse Bedeutung aber eine rasche und richtige Diagnose in einem solchen Fall haben kann, ist wohl ohne weiteres einleuchtend.

Jedenfalls wäre das Charcotsche Phänomen des Spasmus glosso-labialis einer grösseren Beachtung und eines höheren Interesses wert, als ihm in Wirklichkeit geschenkt wird. Sicherlich würden sich dann auch rasch die beobachteten Fälle und Angaben darüber in der Litteratur vermehren, während jetzt sie wohl häufig unbeachtet und infolge dessen unerkannt bleiben.

Sollte die vorliegende Arbeit dazu einiges beitragen können, so wäre ihr Zweck reichlich erfüllt.

---

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, Herrn Geheimrat Professor Dr. v. Ziemssen für die Uebernahme des Präsidiums sowie meinem hochverehrten, ehemaligen Lehrer Herrn Dr. H. F. Müller, früher am klinisch-medizinischen Institut zu München, nun an der Nothnagel'schen Klinik in Wien Assistenzarzt, für die mannigfache liebenswürdige Unterstützung und Anregung zu dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

---